



Un nouveau discours : Pourquoi les initiatives de prévention du VIH au Canada doivent inclure le traitement du VIH

[par Tim Rogers](#)

En 2014, ONUSIDA a proposé un ambitieux ensemble d'objectifs visant à intensifier les efforts de traitement du VIH à l'échelle mondiale.¹ Cette approche dans la lutte contre le VIH s'appuie sur des travaux de recherche qui démontrent que le traitement précoce et à vie du VIH peut améliorer considérablement la santé des personnes vivant avec le VIH et peut aussi réduire de façon drastique la transmission du virus. La nouvelle stratégie d'ONUSIDA souligne le fait que le potentiel considérable du traitement du VIH n'est pas exploité, même dans les pays développés comme le Canada. Cet état de fait doit changer si on veut parvenir à contrôler l'épidémie du VIH.

Dans cet article, nous explorerons le rôle que peut jouer la prévention du VIH dans cet appel à un « nouveau discours sur le traitement du VIH » lancé par ONUSIDA.

Quels sont les avantages du traitement du VIH?

Le traitement du VIH peut considérablement [améliorer la santé et prolonger la vie des personnes vivant avec le VIH](#). Avec l'avènement de traitements antirétroviraux mieux tolérés, la recherche démontre qu'il est important d'amorcer le traitement tôt – avant que le virus n'ait l'occasion d'endommager le système immunitaire – afin d'obtenir des résultats optimaux pour la santé.²

Le traitement du VIH a pour effet de réduire la quantité de virus présente dans le sang à des niveaux faibles ou indétectables, ce qui peut aussi diminuer de façon considérable [le risque de transmission du VIH](#). En 2011, une étude marquante connue sous le nom de HPTN 052 a démontré pour la première fois qu'un traitement précoce peut, dans certaines circonstances, réduire considérablement le risque de transmission du VIH par voie sexuelle chez les couples hétérosexuels sérodifférents (où un partenaire est séropositif et l'autre séronégatif).³ En mars 2014, une [analyse préliminaire de l'étude PARTNER](#) a fourni la première preuve directe qu'une thérapie antirétrovirale (TAR) efficace peut aussi réduire considérablement le risque d'infection au VIH chez les hommes gais et hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH).⁴ [Pour obtenir plus d'information à jour, consultez la [Déclaration de CATIE sur l'utilisation du traitement antirétroviral \(TAR\) et d'une charge virale indétectable pour prévenir la transmission sexuelle du VIH](#).]

À mesure que le traitement et la prévention du VIH ont convergé, l'attention s'est tournée vers l'implication des personnes vivant avec le VIH dans le continuum de services y compris le dépistage, les soins et, enfin, un traitement efficace. Le concept d'une [cascade de traitement du VIH](#) a émergé comme un moyen de cerner les lacunes dans le continuum de soins qui empêchent les gens d'obtenir tous les avantages qu'offre la TAR en matière de traitement et de prévention.

En quoi consiste la stratégie d'ONUSIDA et en quoi constitue-t-elle une nouvelle initiative?

Dans un document de travail stratégique¹ dévoilé dans le cadre de la Conférence internationale sur le sida 2014, ONUSIDA a proposé que d'ici 2020 :

- 90 % de toutes les personnes vivant avec le VIH connaîtront leur statut sérologique;
- 90 % de toutes les personnes chez qui on a diagnostiqué une infection au VIH recevront une TAR de façon soutenue;
- 90 % de toutes les personnes sous traitement atteindront une charge virale indétectable.

Si ces cibles sont atteintes, 81 % de toutes les personnes vivant avec le VIH recevront un traitement et 73 % des personnes en traitement auront une charge virale indétectable (l'indicateur-clé de la réussite d'un traitement soutenu) et, par conséquent, seront beaucoup moins susceptibles de transmettre le virus à d'autres. Des études de modélisation démontrent que l'atteinte de cet objectif – baptisé « 90-90-90 » – mènerait à l'éradication de la propagation de l'épidémie du VIH d'ici 2030.¹

Les objectifs internationaux de traitement du VIH visés antérieurement avaient tendance à mettre l'accent sur un seul résultat – habituellement la proportion de personnes admissibles au traitement qui se prévalent de ce dernier. La nouvelle approche d'ONUSIDA fait fond sur la cascade de traitement et examine la séquence des résultats requis pour tirer le plus grand profit possible du traitement. Cela comprend le diagnostic du VIH, l'implication dans les soins et le traitement, et la suppression de la charge virale. Cette nouvelle approche signifie que nous devons aller au-delà de l'accent étroit traditionnel placé sur un accès accru au traitement du VIH et envisager une intervention plus vaste qui comprend le travail de proximité, le dépistage et le diagnostic, l'implication soutenue dans les soins, le traitement et le soutien.

Il n'est pas surprenant qu'ONUSIDA préconise aussi des efforts urgents pour intensifier les initiatives de prévention de base pour les populations clés qui sont touchées par le VIH de façon disproportionnée. Les populations clés identifiées par l'ONUSIDA sont les personnes qui s'injectent des drogues, les HARSAH, les travailleuses du sexe et les personnes transgenres. En plus de ces efforts accrus, l'atteinte des objectifs d'ONUSIDA exigera toutefois une intervention coordonnée pour s'assurer que les personnes vivant avec le VIH ou à risque d'être infectées sont informées, impliquées et arrimées entre les différents services de lutte contre le VIH, y compris les services de prévention. Les travailleurs en prévention du VIH ont un important rôle à jouer dans l'élaboration de cette intervention coordonnée.

Comment pouvons-nous utiliser les objectifs d'ONUSIDA pour améliorer nos efforts?

La mesure des résultats qui forment la base des objectifs d'ONUSIDA est une chose relativement nouvelle. A l'échelle mondiale, seulement quelques pays ou régions ont élaboré des estimations. Il n'existe pas d'estimations nationales pour le Canada, mais la Colombie-Britannique et l'Ontario ont toutefois élaboré des estimations provinciales. Le tableau ci-dessous compare les différentes régions où des estimations sont disponibles.

Région	% ayant reçu un diagnostic	% en traitement	% ayant une charge virale indétectable
Objectifs d'ONUSIDA	90	81	73
Australie (2013) ⁵	86	66	62
Royaume-Uni (2013) ⁶	76	68	61
France (2010) ⁷	81	60	52

Colombie-Britannique (2011) ⁸	71	51	35
Ontario (2014) ⁹	65-75	Pas disponible	28-42
Brésil (2012) ¹⁰	81	44	33
Afrique subsaharienne (2013) ¹	45	39	29
États-Unis (2011) ¹¹	82	33	25

Selon le tableau, l’Australie et le Royaume-Uni sont les pays qui sont les plus près d’atteindre les objectifs d’ONUSIDA. La France fait aussi des progrès comparables. La Colombie-Britannique – un chef de file mondial dans l’élaboration de programmes nouveaux et rehaussés visant à améliorer les résultats de la cascade de traitement – était passablement loin d’atteindre les objectifs en 2011. Bien qu’il faille user de prudence quand on fait des comparaisons puisque différentes méthodes (et des données de différentes années) peuvent avoir été utilisées pour calculer les estimations dans chaque région, ces chiffres suggèrent qu’il reste encore beaucoup à faire dans la plupart des régions.

Pour une région donnée, les objectifs peuvent servir à cerner les endroits où les programmes sont les plus robustes et là où ils ont besoin d’être renforcés. Ces renseignements peuvent aider les personnes qui planifient et élaborent les programmes à prendre des décisions stratégiques. Par exemple, les estimations suggèrent que les États-Unis sont très forts sur le plan du diagnostic, mais le sont moins en ce qui concerne les résultats du traitement. En septembre 2014, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des É.-U. ont lancé une [campagne nationale sur le traitement](#) pour encourager les personnes vivant avec le VIH à entamer des soins et à recevoir un traitement soutenu. De plus, des renseignements sur la cascade de traitement dans d’autres pays ou régions peuvent aider les personnes à repérer des programmes fructueux qui peuvent être adaptés à leur contexte local. Par exemple, l’Afrique subsaharienne semble être très forte sur le plan des résultats du traitement une fois l’infection diagnostiquée. D’autres régions peuvent tirer des leçons des programmes de traitement fructueux qui ont été élaborés en Afrique.

Les objectifs d’ONUSIDA peuvent être appliqués à différentes communautés à l’échelon local ou organisationnel afin de mieux cerner les lacunes dans l’implication dans la cascade de traitement et améliorer l’accès et l’arrimage aux services pertinents.

Quel rôle la prévention peut-elle jouer dans l’atteinte des objectifs d’ONUSIDA?

Bien qu’il semble que les objectifs d’ONUSIDA portent principalement sur les programmes de traitement, les programmes et services de prévention ont en réalité un très important rôle à jouer car les programmes et services de traitement qui attendent passivement que les personnes qui soupçonnent être infectées au VIH viennent demander des tests de dépistage et des soins ne suffisent pas pour joindre toutes les personnes qui ont besoin de ces services. L’atteinte des objectifs d’ONUSIDA exige des approches proactives permettant de joindre les personnes qui ne sont pas impliquées dans la cascade de traitement. Des stratégies axées sur le travail de proximité et l’implication dans la communauté – qui sont à l’avant-plan des efforts de prévention du VIH – sont nécessaires pour joindre les personnes qui n’ont pas reçu de diagnostic et les encourager à se faire tester, à amorcer des soins et un traitement précoces et à ne pas interrompre leurs soins.

Les communautés ont besoin d’être *renseignées sur les avantages d’un traitement précoce pour la santé et la prévention* et d’être habilitées à agir en conséquence. Ces messages doivent être communiqués non seulement aux personnes chez qui on a diagnostiqué une infection au VIH, mais également à celles qui sont à *risque d’être infectées*. À l’heure actuelle, ces messages ne sont pas bien communiqués. Par exemple, selon un récent [énoncé de consensus communautaire](#),¹² beaucoup de personnes vivant avec le VIH ignorent les avantages qu’offre un

traitement antirétroviral sur le plan de la prévention. Ces avantages sont encore moins connus des personnes qui sont à risque d'être infectées par le VIH. Les travailleurs en prévention du VIH ont un important rôle à jouer en fournissant aux personnes et aux communautés des renseignements exacts sur l'importance d'un diagnostic, de soins et d'un traitement précoces pour optimiser la santé à long terme (semblables aux messages sur la prévention du cancer) et sur le rôle du traitement dans la réduction du risque de transmission du VIH. Les efforts de prévention devraient également aider les gens à améliorer leur capacité de prévenir la transmission d'une manière qui fonctionne pour eux et de prendre en charge leur propre santé sexuelle et celle de leur partenaire.¹²

Les gens ont aussi besoin d'un soutien pour *s'impliquer et s'arrimer à un éventail de services* en fonction de leurs besoins.¹³ Les services de prévention du VIH sont souvent le premier point de contact avec les soins de santé pour les personnes à risque d'être infectées par le VIH et celles qui sont infectées mais ne le savent pas. De tels services de prévention peuvent constituer une occasion idéale d'impliquer et d'arrimer les clients à d'autres services – dépistage, counseling, soins primaires, mesures de prévention cliniques comme que la prophylaxie post-exposition (PPE) et la prophylaxie pré-exposition (PrEP), etc. Les travailleurs en prévention ont un important rôle à jouer en repérant les personnes susceptibles de tirer profit de l'éventail complet de services de santé et en les aidant à se prévaloir de ces services.

[La cascade de traitement du VIH – colmater les fuites afin d'améliorer la prévention du VIH](#) contient des exemples de programmes canadiens qui ciblent les différents stades de la cascade de traitement.

Entamer un nouveau discours sur le traitement du VIH

La découverte que le traitement du VIH peut réduire considérablement la transmission du virus est un élément déterminant qui a des répercussions majeures pour tous les intervenants dans la lutte contre le VIH. Au-delà des changements aux renseignements et aux services liés spécifiquement à la prévention dont il est question plus haut, les travailleurs en prévention doivent commencer à examiner de façon globale la manière dont les services de prévention, de diagnostic, de soins, de traitement et de soutien sont organisés et fournis à certaines populations et communautés.¹⁴ Il est crucial d'examiner comment les services de prévention de base s'intègrent au continuum de services de lutte contre le VIH et appuient ce dernier. De nouvelles orientations dans les programmes ne devraient pas supplanter ou affaiblir les approches de prévention existantes. Il faut élaborer des programmes de prévention et de traitement qui reconnaissent que la prévention du VIH est une responsabilité partagée et que la plupart des transmissions en aval se produisent chez les personnes qui n'ont pas reçu de diagnostic. L'Organisation mondiale de la santé a récemment publié de nouvelles *Lignes directrices consolidées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins relatifs au VIH pour les populations clés*, qui fournissent un cadre pour une approche intégrée à l'échelle des systèmes pour la lutte contre le VIH.¹⁵

Il pourrait aussi y avoir une occasion de collaborer en vue d'apporter des changements sociétaux et « structurels » susceptibles de rehausser les efforts de prévention. Une nouvelle compréhension des risques de transmission du VIH peut aider à réduire la stigmatisation et la crainte chez les personnes vivant avec le VIH, en particulier dans les populations qui sont touchées par le VIH de façon disproportionnée. (Par exemple, lors d'une récente [enquête nationale auprès des HARSAH](#), près de la moitié de ceux qui étaient séronégatifs ont dit qu'ils n'auraient pas de relations sexuelles avec un homme séropositif et plus des deux tiers des hommes séropositifs ont dit craindre d'être rejetés par la communauté gaie à cause de leur séropositivité.)¹⁶

La criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité est un autre facteur structurel qui doit être abordé si nous voulons amener les gens à se prévaloir pleinement des services de dépistage et de traitement.¹⁷ Des stratégies coordonnées pourraient également réduire les inégalités en matière de santé auxquelles se heurtent certaines populations, comme les nouveaux arrivants au Canada.

Campagnes pour le changement

Partout dans le monde, on lance plusieurs nouvelles campagnes visant à amener les communautés et les individus à changer leur perception du VIH et à entamer de nouvelles discussions sur la prévention et le traitement d'après les nouvelles connaissances que nous avons acquises sur le VIH. Le temps est venu pour tout le monde de prendre part à la discussion.

Colombie-Britannique, Projet STOP HIV/AIDS

[Change HIV History](#) – Campagne visant à élargir les services de dépistage, de traitement et de soutien relatifs au VIH partout en Colombie-Britannique

US Centers for Disease Control and Prevention (CDC), É.-U.

[HIV Treatment Works](#) – Cette campagne montre comment les personnes vivant avec le VIH ont surmonté les obstacles pour obtenir des soins et poursuivre leur traitement. Le site Web contient de l'information sur le traitement et la prévention du VIH, et sur la manière de bien vivre avec le VIH.

AIDS Council of New South Wales (ACON), Australie

[ENDING HIV](#) – Campagne à l'intention des hommes gais qui communique de l'information sur le dépistage, l'amorce précoce du traitement et les stratégies de prévention.

AIDS Vancouver

[Undetectable: The New Face of HIV](#) – Campagne visant à établir le statut « indétectable » comme un état de santé distinct du statut séropositif ou séronégatif, éliminant ainsi la stigmatisation et promouvant des pratiques exemplaires en matière de recherche, de traitement et de prévention.

Ressource

[Recommendations for HIV Prevention with Adults and Adolescents with HIV in the United States, 2014](#)

(Recommandations pour la prévention du VIH chez les adultes et adolescents vivant avec le VIH aux États-Unis, 2014)

Références

1. [a. b. c. d.](#) UNAIDS. 90-90-90 : Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida. ONUSIDA, 2014. Disponible à l'adresse : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_fr.pdf [consulté le 12 novembre 2014].
2. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. Disponible à l'adresse : <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/AdultandAdolescentGL.pdf> [consulté le 12 novembre 2014].
3. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine* . 2011 Aug 11;365(6):493–505.
4. Rodger A et al. *HIV transmission risk through condomless sex if HIV+ partner on suppressive ART: PARTNER study*. In: *Program and abstracts of the 21st Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*, March 3 to 6th, 2014, Boston, U.S., abstract 153LB.
5. The Kirby Institute. *HIV, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia* . Annual Surveillance Report 2014 HIV Supplement. 2014. Disponible à l'adresse : http://kirby.unsw.edu.au/sites/default/files/hiv/resources/HIVASRs2014_online.pdf [consulté le 10 décembre 2014].
6. Public Health England. HIV in the United Kingdom: 2014 Report, Public Health England, November 2014. Disponible à : https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/377194/2014_PHE_HIV_annual_report_19_11_2014. [consulté le 5 janvier 2015].
7. Katlama C. Country-based initiatives update: The French guidelines in 2014. Presented at *The 2014 International Treatment as Prevention Workshop*, Vancouver, April 1–4, 2014. Disponible à l'adresse : https://www.youtube.com/watch?v=5qwCHeXYZs&feature=player_embedded#t=304 [consulté le 12 novembre 2014]
8. Nosyk B, Montaner JSG, Colley G et al. The cascade of HIV care in British Columbia, Canada, 1996-2011: a population-based retrospective cohort study. *Lancet Infectious Diseases* . 2014 Jan;14(1):40–9
9. Programme de lutte contre le sida, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2014 [communication privée]
10. Mesquita P. First steps of TASP in Brazil. Presented at *2014 International Treatment as Prevention Workshop* , Vancouver, April 1-4, 2014. Disponible à l'adresse : http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=GpFWMjjuOIE [consulté le 12 novembre 2014].
11. United States Centers for Disease Control and Prevention. *HIV in the United States: The stages of care* . CDC Fact Sheet, July 2012. Disponible à l'adresse : http://www.cdc.gov/hiv/pdf/research_mmp_stagesofcare.pdf [Accessed November 12, 2014].
12. [a. b.](#) *Community consensus statement on the use of antiretroviral therapy in preventing HIV transmission* . NAM AIDSmap and European AIDS Treatment Action Group, February 27, 2014. Disponible à l'adresse : <http://www.hiv4p.org/> [consulté le 12 novembre 2014].
13. CATIE. *Les approches intégrées de la prévention et du traitement du VIH*. Dans : *Le VIH au Canada : Guide d'introduction pour les fournisseurs de services*. CATIE, 2014. Disponible à l'adresse : <http://www.catie.ca/fr/vih-canada/8/8-2> [consulté le 12 novembre 2014].
14. CATIE. *Dialogue délibératif national sur des approches intégrées du traitement et de la prévention du VIH : Rapport de la réunion*. CATIE, March 2013. Disponible à l'adresse : http://www.catie.ca/sites/default/files/National-Deliberative-Dialogue-on-Integrated-Approaches-Meeting-Report-FRENCH_05312013.pdf [consulté le 12 novembre 2014].
15. World Health Organization. *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations* . July 2014.

Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/> [consulté le 12 novembre 2014].

16. *Male Call Canada Technical Report* . Draft April 13, 2013. Disponible à l'adresse : <http://www.malecall.ca/technical-report/> [consulté le 12 novembre 2014].

17. Loufty M, Tyndall M, Baril J-G, et al. Canadian consensus statement on HIV and its transmission in the context of criminal law. *Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology* . 2014 May/June; 25(4):135–40.

À propos de l'auteur

Tim Rogers est le directeur du service Échange des connaissances pour CATIE. Il collabore avec CATIE depuis 15 ans, d'abord comme bénévole puis comme membre du personnel.

Produit par:



La source canadienne
de renseignements sur
le VIH et l'hépatite C

555, rue Richmond Ouest, Bureau 505, boîte 1104
Toronto (Ontario) M5V 3B1 Canada
téléphone : 416.203.7122
sans frais : 1.800.263.1638
télécopieur : 416.203.8284
site Web : www.catie.ca
numéro d'organisme de bienfaisance : 13225 8740 RR

Déni de responsabilité

Toute décision concernant un traitement médical particulier devrait toujours se prendre en consultation avec un professionnel ou une professionnelle de la santé qualifié(e) qui a une expérience des maladies liées au VIH et à l'hépatite C et des traitements en question.

CATIE fournit des ressources d'information aux personnes vivant avec le VIH et/ou l'hépatite C qui, en collaboration avec leurs prestataires de soins, désirent prendre en mains leurs soins de santé. Les renseignements produits ou diffusés par CATIE ou auxquels CATIE permet l'accès ne doivent toutefois pas être considérés comme des conseils médicaux. Nous ne recommandons ni n'appuyons aucun traitement en particulier et nous encourageons nos utilisateurs à consulter autant de ressources que possible. Nous encourageons vivement nos utilisateurs à consulter un professionnel ou une professionnelle de la santé qualifié(e) avant de prendre toute décision d'ordre médical ou d'utiliser un traitement, quel qu'il soit.

CATIE s'efforce d'offrir l'information la plus à jour et la plus précise au moment de mettre sous presse. Cependant, l'information change et nous encourageons les utilisateurs à s'assurer qu'ils ont l'information la plus récente. Toute personne mettant en application seulement ces renseignements le fait à ses propres risques. Ni CATIE ni aucun de ses partenaires ou bailleurs de fonds, ni leurs personnels, directeurs, agents ou bénévoles n'assument aucune responsabilité des dommages susceptibles de résulter de l'usage de ces renseignements. Les opinions exprimées dans le présent document ou dans tout document publié ou diffusé par CATIE ou auquel CATIE permet l'accès ne reflètent pas nécessairement les politiques ou les opinions de CATIE ni de ses partenaires ou bailleurs de fonds.

L'information sur l'usage plus sécuritaire de drogues est offerte comme service de santé publique pour aider les personnes à prendre de meilleures décisions de santé et ainsi réduire la propagation du VIH, de l'hépatite virale et de toute autre infection. Cette information n'a pas pour but d'encourager ni de promouvoir l'utilisation ou la possession de drogues illégales.

La permission de reproduire

Ce document est protégé par le droit d'auteur. Il peut être réimprimé et distribué dans son intégralité à des fins non commerciales sans permission, mais toute modification de son contenu doit être autorisée. Le message suivant doit apparaître sur toute réimpression de ce document : *Ces renseignements ont été fournis par CATIE (le Réseau canadien d'info-traitements sida). Pour plus d'information, veuillez communiquer avec CATIE par téléphone au 1.800.263.1638 ou par courriel à info@catie.ca.*

© CATIE

La production de cette revue a été rendue possible grâce à une contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada.

Disponible en ligne à

<https://www.catie.ca/fr/pdm/printemps-2015/nouveau-discours-pourquoi-les-initiatives-prevention-vih-canada-doivent-inclure-t>